FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

N° 3

Epidémiologie et Aspects Cliniques de la Grippe dite Asiatique de 1957 à Marseille

Travail du Service des Maladies Infectieuses
Professeur Agrégé ANTOINE RAYBAUD

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Marseille

Le 8 Janvier 1959

PAR

Madame Colette MALANOT-PRAT

née le 1er Février 1931, à Marseille
Certificat d'Etudes Supérieures de Chimie Biologique

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse

MM. le Professeur C. MATTEI, *Président*

le Professeur SAUTET
le Prof. Ag. ANTOINE RAYBAUD
le Professeur Ag. GEVAUDAN
Assesseurs

Éditions LECONTE
98, Cours Lieutaud
MARSEILLE
1 9 5 9

Epidémiologie et Aspects Cliniques de la Grippe dite Asiatique de 1957 à Marseille

Travail du Service des Maladies Infectieuses
Professeur Agrégé Antoine Raybaud

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

N°

Epidémiologie et Aspects Cliniques de la Grippe dite Asiatique de 1957 à Marseille

Travail du Service des Maladies Infectieuses
Professeur Agrégé ANTOINE RAYBAUD

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Marseille

Le 8 Janvier 1959

PAR

Madame Colette MALANOT-PRAT

née le 1er Février 1931, à Marseille
Certificat d'Etudes Supérieures de Chimie Biologique

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse

MM. le Professeur C. MATTEI, *Président*

le Professeur SAUTET
le Prof. Ag. ANTOINE RAYBAUD
le Professeur Ag. GEVAUDAN
Assesseurs

Éditions LECONTE
98, Cours Lieutaud
MARSEILLE
1 9 5 9

PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : G. MORIN — *Assesseur :* J. DELPHAUT
Secrétaire principal : P. MOUCHET — *Bibliothécaire :* Mlle PERRIN
Secrétaire principal honoraire : J. COMTE.

Professeurs honoraires : MM. AUDIBERT, BELTRAMI, BREMOND, GABRIEL, HECKENROTH, JOYEUX, MONGES, MOIROUD, RIMATTEI, ROCHE, CHAUVIN.

PROFESSEURS

Anatomie	GRISOLI
Anatomie pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie	DUMAZERT
Chimie analytique	ARNOUX
Chimie médicale	DERRIEN
Clinique chirurgicale	CARCASSONNE
Clinique chirurgicale	LAMY
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	SALMON
Clinique chirurgicale thérapeutique et Chirurgie expérimentale	De VERNEJOUL
Clinique exotique	BLANC
Clinique des maladies du système nerveux	CREMIEUX
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale	POINSO
Clinique médicale thérapeutique	OLMER
Clinique des maladies des voies digestives et de la nutrition	RECORDIER
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique neuro-chirurgicale	PAILLAS
Clinique obstétricale et gynécologique	CHOSSON
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique otorhinolaryngologique	APPAIX
Clinique de Stomatologie	MARONNEAUD
Clinique urologique	N...
Endocrinologie médicale	VAGUE
Histologie	PICARD
Hygiène et Médecine sociale	SAUTET
Matière médicale	BALANSARD
Médecine expérimentale	DONNET
Médecine légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	RANQUE
Pathologie chirurgicale	DOR.
Pathologie interne	AUDIER
Pharmacologie	MERCIER F.
Pharmacie chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physique médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI

Professeurs sans chaire

M. ROUX

M. MOURGUE

Maîtres de Conférences Agrégés

MM. BERNARD Pierre
BOURRET
CORRIOL
CRISTAU
DEPIEDS
DESANTI
GAMBARELLI
GEVAUDAN
MM. GREBUS
LISSITZKY
J. MERCIER
PASTOR
PAYAN
STAHL
TAMALET

Agrégés en exercice

MM. BERARD
BERNARD René
BONNAL
CHAMPEIX
CHARPIN
CHAUVIN
COMITI
DALMAS
DEVIN
FARNARIER
MM. GERARD
LEGRE
MOUREN
ORSINI
REBOUD
SARLES
SERMENT
SIMONIN
TEMIME
TRIFAUD

Agrégés libres

MM. BERTHIER
FIGARELLA
GRANJON
HENRY
IMBERT
LAVAL
MM. LENA
MONGES Henri
OLLIVIER
OURGAUD
PAOLI
RAYBAUD

Chargé des fonctions de Maître de Conférences

Physiologie ..... M. ZWIRN

Chargé des fonctions d'Agrégé

Clinique des Maladies nerveuses ..... M. BOUDOURESQUES
Clinique de Stomatologie ..... M. LACHARD

Agrégé chargé d'enseignement

Dermatologie ..... M. TEMIME

A MA JEUNE SŒUR

In memoriam

Son souvenir m'a toujours été d'un très grand secours.

A MA GRAND-MERE

In memoriam

Cette joie lui a été refusée.

A ANNA DURAND

In memoriam

Elle a toujours témoigné un intérêt croissant pour mes études.

A MES GRANDS-PARENTS

En témoignage de mon affection.

A MON PERE ET A MA MERE

Je leur exprime ici mon infinie gratitude pour le réconfort et l'aide qu'ils m'ont apportés jusqu'à ce jour.

Je n'arriverai jamais à reconnaître assez tout ce qu'ils ont fait pour moi. Qu'ils acceptent ce travail comme gage de ma tendresse.

A MON MARI

Qui m'a soutenue et encouragée au cours de toutes mes études, avec une immense patience et une grande compréhension.

A MON FILS GERARD

Pour lui conseiller de toujours faire preuve de volonté.

A MA SŒUR

Que je remercie pour tout l'amour qu'elle porte à son neveu.

A MES BEAUX-PARENTS

En remerciement de leur sollicitude à mon égard, et de leur affectueuse sympathie.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur C. MATTEI

Professeur de Clinique Médicale

Médecin des Hôpitaux

Nous avons pu bénéficier de ses dons d'enseignement, et nous lui devons nos connaissances en séméiologie radiologique.

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Qu'il nous permette de lui exprimer notre admiration et notre respectueuse gratitude.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur SAUTET

Qui a accepté si spontanément de siéger dans notre Jury.

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de juger notre travail et lui exprimons notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur agrégé ANTOINE RAYBAUD

Médecin des Hôpitaux

Nous avons eu l'honneur d'être attachée à son Service pendant un an. Nous avons pu apprécier la clarté de son enseignement et son accueil bienveillant.

Il a bien voulu nous donner notre sujet de thèse.

Nous le remercions de l'aide si précieuse qu'il nous a accordée tout au long de ce travail.

Nous lui exprimons ici toute notre reconnaissance et nos sentiments les plus respectueux.

Monsieur le Professeur agrégé GEVAUDAN

Nous le remercions pour l'aide qu'il nous a apportée dans l'élaboration de ce travail.

Nous lui exprimons ici notre gratitude d'avoir accepté d'être membre de notre Jury de Thèse et nous l'assurons de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR G. DE CAZALET

Vice-Président de la Compagnie de Navigation Mixte.

AU DOCTEUR DEMOUZON et au Personnel du Bureau Municipal d'Hygiène,

A MONSIEUR LUSINCHI,

Chef du Service de l'Armement à la Cie de Nav. Mixte ;

A MONSIEUR DAVID,

Services d'Assistance Médicale de l'Armement,

En souvenir de l'accueil spontané qu'ils nous ont réservé.

Et en remerciement pour l'aide qu'ils nous ont apportée dans notre enquête.

Historique - Epidémiologie

I. - LES EPIDEMIES ANTERIEURES

Parmi les maladies infectieuses de l'homme, la Grippe est l'une des plus anciennement connues. En Egypte, à l'époque des Pharaons, on en signale déjà une forme épidémique. Mais, c'est à partir du début du XVI[e] siècle que l'on commence à en donner des descriptions explicites, malgré la confusion qu'en faisait SCHENKIUS, vers 1510, avec la coqueluche.

En 1557, une épidémie redoutable se déclare dans différents pays ; de même en 1580, en 1658 et en 1676. A propos de l'épidémie de 1676, SYDENHAM décrit l'affection en cause dans les termes suivants :

« ...Tension avec douleurs gravatives au début ; quelques jours après, toux souvent répétée, aiguë, profonde, sèche d'abord, puis suivie de quelques crachats fluides, parfois teints de sang, puis visqueux au bout de deux ou trois jours. Chez quelques malades, sentiment de resserrement dans la poitrine, dyspnée très intense, frisson vague le long de l'épine dorsale ayant lieu pendant le jour. Après cela, chaleur plus ou moins considérable se prolongeant jusqu'au milieu de la nuit ; douleurs dans les lombes, le sternum ; pouls vif, fréquent, urines rouges ; généralement grande prostration des forces... »

A partir de l'épidémie de 1729-1730, la Russie est signalée comme point de départ de la maladie.

Comme toutes les autres affections épidémiques, la Grippe a un foyer d'origine d'où elle s'évade périodiquement pour déferler sur le monde. La Grippe est endémique dans les régions septentrionales de l'Union Soviétique. C'est pourquoi, toutes les épidémies signalées depuis 1730 ont la même origine, et suivent la même direction : du Nord au Sud, et de l'Est à l'Ouest, empruntant les voies de communication internationales les plus fréquentées. L'itinéraire des différentes épidémies subira donc des modifications quand les communications entre pays, de terrestres deviendront maritimes, puis aériennes. On assistera alors à des éclosions de grippe simultanément, en différents points du Globe.

En 1758, la Grippe fait son apparition dans les deux Amériques. Dès lors, elle devient mondiale. Elle est caractérisée, à cette époque, par sa morbidité élevée et sa basse mortalité. Il en est de même pour l'épidémie de 1780.

En 1802-1803, l'expression italienne d'Influenza est introduite par Huxham dans le langage médical.

Avec l'épidémie de 1830, l'itinéraire de la maladie est plus précis. Le début a lieu à Saint-Pétersbourg ; l'épidémie passe par Moscou et la Russie Méridionale avant de gagner la Prusse et l'Autriche ; elle s'étend ensuite sur la Suisse, la France, l'Angleterre, l'Italie et l'Espagne.

Une nouvelle épidémie survient en 1837. L'épidémie met six semaines pour arriver de Saint-Pétersbourg à Paris.

Puis, on assiste à quelques endémo-épidémies partielles ; à Paris, de 1868 à 1876, et à Marseille, en 1882-1883.

L'épidémie de 1889-1890 débute, comme les précédentes, en Russie, à Saint-Pétersbourg. De là, elle gagne la Prusse, puis la France, commençant par atteindre d'abord les grands centres d'où elle se met à rayonner vers des villes de moindre importance. Elle atteint l'âge moyen plutôt que les deux extrêmes de la vie, plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Eclate, enfin, l'épidémie de 1918-1919 qui a été considérée comme l'une des « plus grandes catastrophes » ayant affecté le genre humain. On peut décrire trois phases dans son évolution :

1 - Une phase de bénignité relative, au printemps de 1918 ;

2. - Une phase de mortalité élevée par complications respiratoires, à la fin de l'année 1918. La courbe de mortalité atteignait son maximum un mois après l'apparition de l'épidémie dans une région donnée ;

3. - Un retour offensif de l'épidémie au printemps de 1919, surtout dans les populations les moins touchées par la première vague.

II. - L'EPIDEMIE DE 1957

Pendant l'hiver 1956-1957, une épidémie de Grippe sévit à Vladivostok. De là, elle s'étend à toute l'Union Soviétique et à la Chine. On la signale à Moscou, au printemps de 1957 et à Pékin en mars 1957, où, pour la première fois, le virus en cause est isolé.

En Avril, elle atteint Hong-Kong et Singapour.

En Mai, la Malaisie, l'Indochine, l'Indonésie, les Iles Philippines, Formose, le Japon, l'Australie sont touchés.

Entre Juin et Juillet, l'Etat de Koweit sur le Golfe Persique, l'Inde, le Yemen, Aden, le Soudan, l'Egypte, la Syrie, la Jordanie, l'Afrique du Sud et le Chili sont, à leur tour, intéressés par l'épidémie.

Les flèches indiquent la marche de l'épidémie, les chiffres romains le numéro du mois dans lannée 1957.

Le 12 Juillet 1957, le premier cas confirmé aux Etats-Unis est signalé, à Cleveland dans l'Ohio, chez un jeune homme arrivant du Japon.

Pendant la même période, plusieurs foyers sont observés en Russie, en Hollande, en Allemagne, en Suisse, en Angleterre et dans plusieurs pays européens.

En Août, l'épidémie se déclare en Argentine, au Brésil, en Nouvelle Zélande et en Italie Méridionale.

Fin Août - début Septembre, la Grippe fait son apparition en Algérie et en France ; simultanément, elle progresse en Italie, du Sud vers le Nord et atteint Turin.

L'itinéraire de l'épidémie a été fortement influencé par les voies de communication maritimes. C'est pourquoi les cités portuaires ont été atteintes les premières. A partir d'elles, l'épidémie s'est répandue à l'intérieur des pays.

III. - L'EPIDEMIE A MARSEILLE

Le premier cas marseillais paraît être celui de Madame BEL..., dû à l'observation du Docteur KNEBELMANN (père). Il s'agit d'une dame qui vient de séjourner à Tananarive du 19 août au 25 août 1957, dans une famille dont une partie est affectée de grippe dite asiatique. Elle quitte Tananarive en avion le 25 août 1957, et arrive à Marseille, grippée, dans la nuit du 26 au 27 août. Elle retrouve, à Marseille, son mari et trois de leurs enfants : Anne, 6 ans, qui tombe malade le 29 au matin ; Bernadette, 11 ans, qui est malade le 29 au début de l'après-midi ; Jacques, 13 ans, qui est malade dans la nuit du 29 au 30 août.. Le père est légèrement atteint pendant la seule journée du 29. Un quatrième enfant, Jean-Charles, 2 ans, qui voyageait avec la mère, n'est atteint que le 30 août, ce qui laisse supposer qu'il a été contaminé par ses frère et sœurs, après l'arrivée. Signalons ce détail piquant que le Consultant appelé par le Dr KNEBELMANN, le 29 août, dans ce milieu fortement infectant, a été lui-même grippé dans la nuit du 31 août au 1er septembre.

Les recherches sérologiques ont montré chez les membres de la famille BEL... la présence de Virus A/S 1957. Dans tous les cas, la forme a été particulièrement bénigne, durant chez chacun deux à trois jours et sans aucune complication pulmonaire. Le seul symptôme remarquable a été, chez tous, un faciès vultueux avec congestion conjonctivale excessive.

La Grippe n'étant pas une maladie à déclaration obligatoire, il est difficile de préciser le nombre de sujets touchés par l'épidémie de 1957.

Pourtant on peut retirer quelque indication, en considérant le nombre d'absents dans les écoles entre le 10 Octobre et le 15 Novembre :

	abs.	ins.
— Le 10 Octobre :	—	—
Breteuil (filles)	53	190
Levérier (garçons)	137	236
Roucas-Blanc (garçons)	150	300
Total	340	726
— Le 11 Octobre :		
Bellevue (maternelle)	100	154
Kléber (maternelle)	80	211
La Millière (filles)	62	189
La Millière (garçons)	70	203
C. A. Bernard-du-Bois	300	886
Coll. Tech. Corderie	250	678
C. A. Sainte-Anne	125	400
C. A. Saint-Antoine	47	140
Total	1.034	2.861
— Le 12 Octobre :		
Evêché (maternelle)	203	275
La Millière (maternelle)	32	70
Abeilles (filles)	150	432
Guadeloupe (filles)	106	319
Madrague-Ville Oddo (filles)	150	384
Maurice-Korsec (filles)	85	306
Saint-Savournin (filles)	194	373
Cours Secondaire Florian	30	200
Croix-Rouge (garçons)	70	120
Gillibert (garçons)	234	270
Petit-Bosquet (garçons)	19	29
Vauban (garçons)	100	333
C. A. Floride	90	220
C. A. Kléber	120	300
Total	1.583	3.633
— Le 14 Octobre :		
Bellevue (maternelle)	107	134
Ceylan (maternelle)	131	194
Croix-Rouge (filles)	57	159
Kléber (filles)	422	738
Roucas-Blanc (filles)	150	300
Saint-André (filles)	100	350
Saint-Antoine (filles)	92	358
Saint-Antoine (garçons)	95	300
Total	1.154	2.533

	abs.	ins.
— Le 15 Octobre :	—	—
Félix-Pyat (maternelle)	65	109
Kléber	59	205
C. A. Cap.-Dessemond	300	600
Centre Ménager Rouet	30	40
Les Mouettes (maternelle)	15	30
Saint-Mauront (crèche)	52	90
Aygalades (filles)	82	231
Calade Saint-Louis (filles)	110	220
Cité Michelis (filles)	80	120
Fraissinet (filles)	120	346
Saint-Barnabé (filles)	117	235
Valbarelle (filles)	125	310
Aygalades (garçons)	98	220
Estaque-Gare (garçons)	107	236
Valbarelle (garçons)	183	347
Total	1.543	3.319
— Le 16 Octobre :		
Le Cabot (maternelle)	112	178
Estaque-Plage (filles)	228	393
Madrague-Ville (filles)	264	378
La Pomme (filles)	21	77
Saint-Jérôme (filles)	116	206
Eydoux (garçons)	133	437
Saint-Barthélémy (garçons)	125	250
Total	999	1.919
— Le 17 Octobre :		
Valentine (garçons)	95	192
C. A. La Major (annexe)	28	28
Total	123	220
— Le 18 Octobre :		
Abbé-de-l'Epée (maternelle)	137	170
Barbier (maternelle)	60	129
Fraissinet (maternelle)	84	163
Hôtel des Postes (maternelle)	200	268
Madrague-Ville (maternelle)	90	100
Pascal-Ruinat (maternelle)	74	162
Major (filles)	200	300
Boulevard Pardigon (filles)	75	157
Rouet (filles)	80	359
Saint-Mitre	165	330
Cité Saint-Louis (garçons)	75	193
Total	1.240	2.331

	abs.	ins.
— Le 19 Octobre :	—	—
Abeilles (maternelle)	287	367
Maurice-Korsec (maternelle)	128	214
Paul-Codacioni (garçons)	106	296
Total	521	877
— Le 21 Octobre :		
Place des Moulins (maternelle)	151	230
Paul-Codacioni (maternelle)	228	380
Montée des Accoules (maternelle)	36	65
Boulevard de Strasbourg (maternelle) ..	54	108
Bon-Pasteur	21	32
Blancarde (filles)	79	280
Paul-Codacioni (filles)	258	579
Total	827	1.674
— Le 22 Octobre :		
Alexandre-Copello (maternelle)	210	250
Boulevard Baille (maternelle)	93	171
Rue des Bergers (maternelle)	109	194
Saint-Jean-Baptiste (maternelle)	28	55
Total	440	670
— Le 23 Octobre :		
Capelette (maternelle)	129	177
Menpenti (maternelle)	52	180
Pont-de-Vivaux (maternelle)	104	191
Rouet (jardin d'enfants)	3	33
Total	288	581
— Le 24 Octobre :		
La Cabucelle (maternelle)	96	200
— Le 25 Octobre :		
Madrague-Montredon (maternelle)	59	129
Montredon (maternelle)	147	198
Pointe-Rouge (maternelle)	45	83
Vieille-Chapelle (maternelle)	21	68
Total	272	478

	abs.	ins.
— Le 26 Octobre :	—	—
Marius-Thomas (maternelle)	99	180
Roseraie (maternelle)	68	393
Roucas-Blanc (maternelle)	90	175
Total	257	748
— Le 28 Octobre :		
Fortunée (maternelle)	44	112
Neuve-Sainte-Catherine	53	198
Vauban (maternelle)	27	83
Vauban (jardin d'enfants)	82	97
Total	206	490
— Le 29 Octobre :		
Chutes-Lavies (maternelle)	21	45
Léon-Perrin (maternelle)	186	350
Belle-de-Mai (jardin d'enfants)	18	50
Rue Massot (maternelle)	9	73
Sainte-Thérèse (maternelle)	46	62
Total	280	580
— Le 30 Octobre :		
Canet Centre (maternelle)	15	99
Canet Gare (maternelle)	19	109
La Loubière (maternelle)	69	205
Ruffé (maternelle)	11	106
Total	114	519
— Le 31 Octobre :		
Cours Bastide	42	117
— Le 4 Novembre :		
Terrail (maternelle)	20	192
Collège Ed.-Quinet (annexe)	246	600
Saint-Antoine-de-Padoue (garderie)	32	57
Terrail (garçons)	140	169
Total	438	1.018

	abs.	ins.
— Le 6 Novembre :	—	—
Bellevue (filles)	31	220
Ceylan (filles)	27	221
Bellevue (garçons)	100	242
Total	158	683
— Le 7 Novembre :		
Félix-Pyat (filles)	10	295
Ceylan (garçons)	21	237
Félix-Pyat (garçons)	28	318
Total	59	847
— Le 12 Novembre :		
Barasse (garçons)	100	198
— Le 15 Novembre :		
Calade (garçons)	154	210

En résumé, pour les écoles de Marseille citées ci-dessus, sur 27.432 inscrits, il y a eu 12.268 absents ; soit une proportion de 44,72 %. On ne peut pourtant pas assimiler absents et malades ; certains enfants, surtout dans les écoles maternelles, ont dû être retirés de classe uniquement pour des raisons prophylactiques.

On peut construire une courbe donnant l'allure épidémiologique dans les écoles, en ne tenant compte que des chiffres fournis par quatre écoles et plus pour la même journée (Courbe I).

— en abscisse : les dates ;

— en ordonné : le nombre d'absents.

On peut conclure, en étudiant cette courbe, que l'épidémie a sévi, dans les écoles, durant la plus grande partie du mois d'octobre ; la flèche se situe entre le 12 et le 15 octobre. Pour le mois de novembre, il devient difficile de distinguer s'il s'agit de la grippe dite asiatique ou de la grippe saisonnière.

L'évolution de l'épidémie apparaît plus nettement, si on établit une courbe illustrant la différence d'absentéisme entre 1956 et 1957, en fonction des mois de septembre, d'octobre et de novembre. Cela a été fait par M. le Professeur Agrégé Gévaudan, pour une population de 3.000 habitants, au sein de Marseille. Cette différence augmente rapidement à partir du 20 septembre, pour

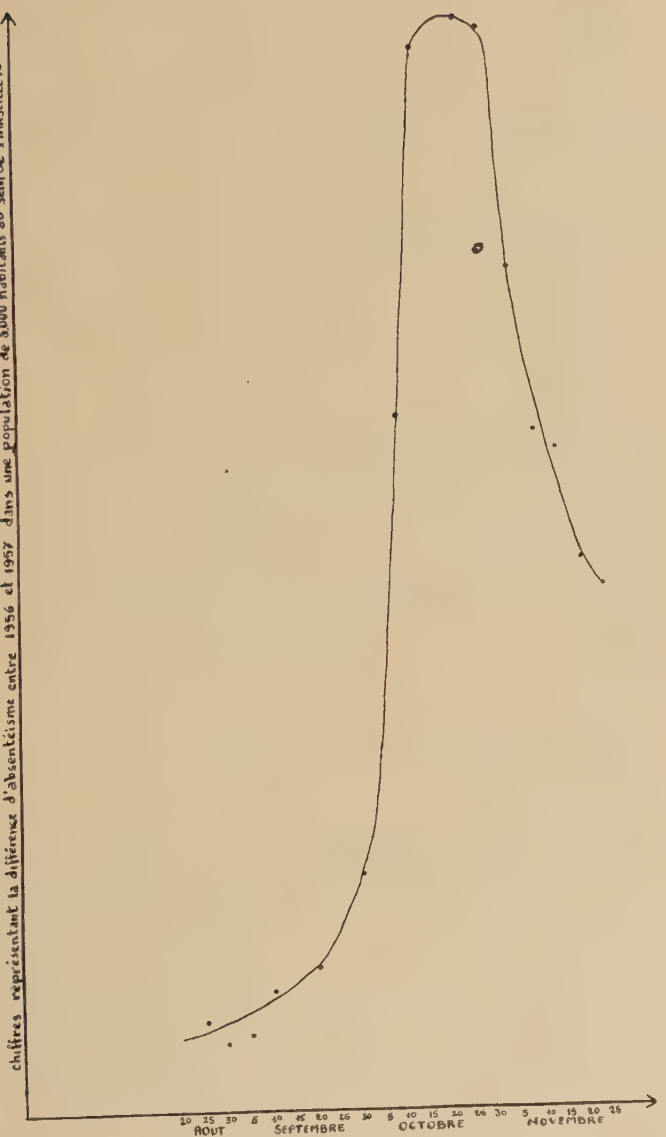
Courbe I

atteindre son maximum le 25 octobre ; puis, l'écart entre le nombre d'absents de 1956 et 1957 diminue en deux phases : une phase extrêmement rapide jusqu'au 10 novembre ; une phase lente par la suite (Courbe II).

Nous avons pu obtenir de deux Compagnies de Navigation le nombre des grippés parmi leur personnel navigant. Il ne montre qu'un autre aspect de cette épidémie.

La Compagnie de Navigation Mixte, sur un effectif de 670 hommes, n'a eu qu'une centaine de malades : soit 14,92 %. Le maximum de cas se situe entre le 20 et le 30 septembre 1957 ; le nombre de grippes reste stationnaire entre le 5 octobre et le 5 novembre 1957, date à partir de laquelle aucun nouveau cas n'est signalé.

Quant à la Compagnie Paquet, le nombre de ses malades déclarés est particulièrement faible : 34 sur un effectif de 800. Ce chiffre, anormalement bas, est dû au fait suivant : les parcours effectués par les navires de la Compagnie Paquet sont généralement plus longs que la durée de la maladie. Donc, les membres de l'équipage, qui ont été touchés par la grippe, sont partis bien portants d'une escale pour arriver guéris à l'escale suivante.



Courbe II

C'est dire que l'on ne peut tenir compte de cette courbe pour l'étude épidémiologique.

On en arrive, ainsi, à parler de la durée moyenne de la maladie et de son évolution en fonction de la durée de l'épidémie.

Pendant la première quinzaine de l'épidémie, on peut estimer à deux ou trois jours la durée de l'affection ; au

cours du mois d'octobre, le chiffre passe à huit jours ; enfin, les derniers cas, vus en novembre, ont duré une quinzaine de jours.

L'étude que nous entreprenons est basée sur les observations de 242 cas hospitalisés dans le Service des Maladies Infectieuses (Professeur Agr. Antoine Raybaud), pendant la période comprise entre le 30 août et le 12 novembre 1957.

Ce choix peut paraître arbitraire. Si nous l'avons fait, c'est que nous avons considéré tous les cas de grippe, survenus en cours d'été ou au début d'automne, comme suspects d'origine dite asiatique. En effet, on ne constate pratiquement jamais d'infection grippale à cette époque de l'année, dans nos régions. Nous avons par ailleurs choisi le 12 novembre comme limite extrême de cette épidémie de grippe dite asiatique, parce que, dès cette date, nous n'avons plus reçu de cas de grippe durant plusieurs jours. Ce n'est qu'après une quinzaine de jours d'accalmie que les grippés recommencèrent à affluer à l'hôpital, mais cette deuxième poussée correspondait trop à la poussée de grippes saisonnières observée chaque année, pour que nous puissions, sans étendre abusivement le champ de la grippe dite asiatique, les y englober.

Le maximum de cas se situe entre le 20 septembre et le 18 octobre avec 77,30 % par rapport au nombre total de 242 grippés.

Le plus souvent, il s'agit d'adultes jeunes, entre 15 et 30 ans. Au-dessus de 70 ans, peu de cas. Le tableau ci-dessous donne le nombre de cas en pourcentage, en fonction de l'âge :

— de 1 à 15 ans	12,4 %
— de 15 à 30 ans	51,5 %
— de 31 à 50 ans	25,8 %
— de 51 à 70 ans	8,2 %
— au-dessus de 70 ans	2,1 %

Les premiers cas de grippe hospitalisés étaient des sujets qui venaient d'Afrique du Nord, par bateau, soit des passagers, soit des navigateurs ; ces derniers étant les plus nombreux. Cette catégorie de malades (29 % du nombre total) paraît avoir été affectée entre le 10 septembre et le 12 octobre.

Etude clinique

Chaque fois qu'il a été possible de faire préciser les dates aux malades, l'incubation s'est révélée être de 2 à 4 jours.

— Ex. 1 : J. D. a embarqué à bord du *Djenné* le 29 août. Il y avait de nombreux cas à bord. La grippe se déclare le 2 septembre.

— Ex. 2 : J. D.V., 17 ans, novice à bord du *Ville-de-Marseille,* débarque le 4 octobre. La grippe se déclare le 7 octobre. Il n'a aucun contact avec des malades entretemps. Par contre, l'affection sévissait sur le paquebot qu'il venait de quitter.

Dans le cas de la Famille Bel..., soignée par le Docteur KNEBELMANN et qui évolue sous ses yeux, en vase clos, sur 6 personnes, la durée d'incubation a été exactement de 48 heures pour chacun.

L'incubation est silencieuse.

A) **Forme commune,** rencontrée dans 55,4 % des cas.

Le début est brutal. Souvent, les malades ont été capables de donner l'heure exacte à laquelle ils ont ressenti le premier symptôme.

— La *céphalée* est presque constante. Elle est le plus souvent intense et persistante. Elle s'accompagne d'un état désagréable de congestion rhino-pharyngée entraînant une abolition du goût, des modifications de la voix, lesquelles seront encore signalées par les patients bien après l'apyrexie.

— Le *catarrhe oculo-nasal*, l'irritation laryngo-trachéale sont précoces. Mais deux symptômes caractéristiques précèdent parfois la céphalée, frappant par leur intensité et par leur brutalité : les myalgies et les arthralgies.

— Certains malades ont été cloués dans leur lit par la soudaineté de l'accès. Ces *douleurs* avaient surtout pour siège la partie inférieure du corps : les genoux, les cuisses, les lombes, simulant des crises de rhumatisme et de lumbago. Mais aucune réaction focale n'accompagnait ces symptômes ; aucun point douloureux précis ne pouvait être mis en évidence. Quand ces myalgies intéressaient la partie supérieure du corps, on a pu parler de raideur de la nuque, mais due à la douleur et comparable au torticoli. Les membres supérieurs n'ont pas toujours été épargnés.

— Les *frissons* font aussi partie des signes de début de la maladie ; frissons bientôt suivis d'une sensation de chaleur intense qui se manifeste par des sueurs abondantes. C'est à partir de ce moment que les malades s'intéressent à leur température.

— La *fièvre* est de règle. La température est élevée autour de 39° à 40°.

— La *toux* fait ensuite son apparition, soit le jour même, soit le lendemain. C'est une toux pénible, fréquente, grasse, quinteuse, accompagnée une fois sur deux d'une expectoration épaisse, jaunâtre, adhérant au crachoir.

— Les *signes physiques* sont pauvres.

L'examen de la gorge et des amygdales révèle une rougeur diffuse, et une prolifération du tissu lymphoïde de la région.

La langue est souvent saburrale.

Les manifestations pulmonaires, rencontrées chez 36,8 % des malades, sont surtout des symptômes d'auscultation : râles sibilants dans les deux champs pulmonaires, et ronchus.

La *durée moyenne* de la maladie est de 5 à 7 jours.

La chute de la température se fait de deux manières :

— soit brutalement, passant de valeurs élevées comme 39,6-40°, à des valeurs très basses, au-dessous de 37°. Dans ce cas-là, il n'est pas rare d'assister à une reprise de la fièvre, le soir même ou le lendemain, constituant ainsi le « V Grippal » classique de Teissier et Menu. Mais les chiffres atteints sont alors aux environs de 38°-39° ;

— soit progressivement, par paliers successifs, revenant dans les limites normales en 4 ou 5 jours.

Les signes subjectifs appelés à disparaître les premiers sont les frissons, les sueurs et la céphalée.

Les myalgies et arthralgies durent 2 ou 3 jours ; à leur place s'installe une profonde asthénie qui mettra plusieurs jours à diminuer, puis à disparaître.

Le catarrhe oculaire et la photophobie sont de courte durée ; il n'en est pas de même du catarrhe nasal, de l'abolition du goût et de la voix nasonnée qui persisteront pendant 15 jours à 3 semaines.

L'irritation laryngo-trachéale demeure pendant deux à trois jours.

La toux par contre sera tenace, de plus en plus grasse. Son extinction est variable avec les sujets. Pour les uns ce sera une semaine, pour les autres une période indéterminée.

Les signes physiques disparaissent, eux aussi, en deux à trois jours.

B) **Formes bénignes,** retrouvées chez 38,8 % des malades.

Certains sujets ont été atteints plus légèrement. Dans ces cas-là, la température se maintient autour de 38°-38°5. Aucun signe physique n'est découvert. On rencontre seulement de la céphalée, quelques myalgies peu violentes, le catarrhe nasal et une irritation rhino-pharyngée.

Tous ces phénomènes s'amendent rapidement.

C) **Formes graves** qui ont représenté 5,8 % des cas.

Les formes graves, avec complications pulmonaires, ont été rares.

Les *complications* ont été surtout observées chez les enfants de 5 à 11 ans. Elles ont consisté en :

— Foyer pneumonique ;
— Congestion ;
— Bronchite ;
— Trachéo-bronchite ;
— Broncho-pneumonie ;
— Laryngite œdémateuse et broncho-alvéolite,

mais, jamais la durée de la maladie n'a excédé 16 jours.

Les autres manifestations ont consisté en deux cortico-pleurites, l'une, chez un sujet sénégalais de 23 ans ; l'autre s'est déclarée chez un jeune adulte de 19 ans, menuisier, originaire d'Italie.

On relève, également, deux bronchites chez des Algériens de 55 ans et de 22 ans, et deux bronchites aussi, chez deux malades de 64 et 70 ans.

La durée de la maladie, ici non plus, n'a pas excédé 15 jours.

Nous n'avons observé qu'un cas de mort, qui n'est pas imputable, *stricto sensu,* à la virulence du germe. Il s'agissait d'une jeune femme, enceinte de six mois, qui avait été frappée, trois mois auparavant, d'une poliomyélite quadriplégique avec phénomènes bulbaires (troubles respiratoires et de la déglutition) passagers, n'ayant pas nécessité la mise sous respiration contrôlée. Tandis que l'amélioration des fonctions respiratoires se manifestait de mieux en mieux, elle contractait la grippe (octobre 1957), et décédait, asphyxique et hyperpnéique en quelques heures, dans un tableau de broncho-pneumonie aiguë, avec bronchoplégie.

FORMES CLINIQUES - SIGNES DIVERS

1) **La forme gastro-intestinale** de la grippe a été cause d'erreurs de diagnostic, tout au moins au début. Nous l'avons observée chez 24,4 % de nos malades.

Le premier signe consiste en vomissements plus ou moins abondants. Quelquefois, se répétant après toute tentative de nourriture.

Un état nauséeux permanent, accompagné de sensation vertigineuse quand le malade tente de se lever ; des douleurs épigastriques ou abdominales, des gargouillements, de la diarrhée ou, au contraire, une constipation complètent le tableau, et en font vraiment un syndrome digestif.

Mais, à ces signes s'ajoutent toujours la céphalée, les courbatures, le catarrhe oculo-nasal et la toux plus ou moins importante.

L'irritation laryngo-trachéale ou la dysphagie sont fréquentes. L'examen de l'arrière-gorge révèle une rougeur diffuse.

Les signes digestifs disparaissent généralement quand se manifestent des signes pulmonaires. Alors que les manifestations pulmonaires n'ont accompagné la grippe banale que dans 38,8 % des cas, dans la forme gastro-intestinale, elles ont été presque constantes.

2) Dans 17 % des cas, les malades ont présenté des **signes nerveux** de types divers :

— Somnolence, abattement, obnubilation, et même deux cas de tuphos ;

— Insomnie, agitation, délire et désorientation ;

— Signes méningés.

3) 8 patients ont signalé des **douleurs sinusales.** Il s'agit surtout de points douloureux à la pression, signant une participation des sinus frontaux aussi bien que des maxillaires à l'infection, mais sans sinusite franche.

4) Au niveau de l'**œil,** peu de signes. On trouve sur l'ensemble des malades, une conjonctivite.

Deux malades algériens disent avoir des « douleurs au niveau des yeux » sans que l'on puisse avoir plus de renseignements à ce sujet.

Un fait curieux mérite que l'on s'y arrête un moment :

— M. Z..., 42 ans, manœuvre, né à Constantine, présente, le 12 novembre, de la céphalée, des frissons, suivis de sueurs.

Le 13 novembre, il entre dans le Service.

Le 14 novembre, la température est à 39° 4. Il se plaint de courbatures, de dysphagie. La toux ramène une expectoration muco-purulente. Il présente un certain degré d'obnubilation.

A l'examen, sa gorge est rouge. On sent deux ganglions le long du Sterno-cléido-mastoidien, à droite. La langue est saburrale.

A l'auscultation : râles sous-crépitants dans les deux champs pulmonaires.

On note, de plus, une diminution de son acuité visuelle. Le 16 novembre, la température est à 37° 6. On remarque, alors, une protusion de l'œil droit, accompagnée de diplopie du même côté. A gauche, il y a une légère paralysie du Moteur Oculaire Externe. Le malade souffre de céphalées intenses. On l'envoie, alors, dans le Service de M. le Professeur Paillas.

La protusion de l'œil droit a été suivie d'une protusion de l'œil gauche. Puis tout rentre dans l'ordre en quelques jours. M. le Professeur Paillas nous transmet le diagnostic suivant :

« Exophtalmie uni- puis bilatérale due à une atteinte diencéphalo-hypophysaire par la grippe ».

5) Les manifestations **otitiques** sont extrêmement rares. Un malade de 40 ans se plaint d'une otalgie gauche assez violente.

Chez un jeune apprenti de 15 ans, on a observé une otorrhée :

Le 27 septembre, la grippe se déclare par des céphalées, un picotement laryngé, une dysphagie, des frissons suivis de sueurs. La température est à 40°.

A l'examen, apparaît l'otorrhée.

Le malade a une voix nasonnée et il tousse.

Le 28 septembre, l'irritation laryngée et la toux persistent. La température est à 38° 7.

A l'examen, l'otorrhée a disparu. La gorge est rouge et tuméfiée. La langue est saburrale.

A l'auscultation : respiration rude en avant.

Le 29 septembre, aucun signe. La température est à 37° 2.

6) Chez deux **malades âgés,** respectivement de 88 et 90 ans, on assiste à une évolution analogue :

Après le début infectieux classique, après la chute de la fièvre, apparaît l'obnubilation, une profonde asthénie qui précèdent de peu une *déshydratation.* La langue est rôtie, carminée, râpeuse. L'état reste stationnaire La température se maintient autour de 37°. Mais les malades étant emmenés par leur famille, on ne connaît pas l'évolution de cette déshydratation.

7) Dans un seul cas, nous avons été en présence de **manifestations cutanées.**

Chez un enfant de 10 ans, la grippe débute le 10 octobre. La température est à 39° 4. Début classique par des céphalées, des courbatures, des frissons suivis de sueurs, une irritation laryngo-trachéale et de la toux.

Le 11 octobre, au matin, la température est à 39° 6, le pouls à 100. Les signes de la veille persistent. Il s'y ajoute le catarrhe oculo-nasal.

A l'examen, la gorge est rouge, les amygdales tuméfiées. La langue est dépapillée. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est un peu rude.

Dans l'après-midi, les céphalées augmentent d'intensité. On met en évidence une légère raideur de la nuque. *Une éruption faite de macules rouges, apparaît sur la peau de l'abdomen et de la région lombaire.*

A l'auscultation, râles sibilants dans les deux champs pulmonaires, en avant et en arrière.

Le 12 octobre, les râles bronchiques commencent à disparaître. Température à 38°.

Le 14 octobre, seuls quelques râles bronchiques sont perçus au sommet gauche. Température à 38°.

Le 17 octobre, tous les signes ont disparu ; la température est à 36° 9.

8) Sur les 242 cas hospitalisés, **une encéphalite grippale** a été observée.

A. L..., 14 ans. Une grippe banale se déclare chez ce jeune malade, le 8 octobre. La fièvre se maintient jusqu'au 13. Après une apyrexie qui dure trois jours, la température recommence à s'élever le 17 octobre.

Le 18 octobre, au matin, le malade est pris de vomissements auxquels succèdent des crises convulsives. Un peu plus tard, la température est à 42° 2, le pouls est à 130. Le malade est dans un état comateux. Son corps est couvert de sueurs. Les pupilles sont en mydriase. Les sphincters sont incontinents. Aux membres supérieurs, les réflexes ne sont pas trouvés ; on note la position en « mains d'accoucheurs ». Hypertonie au niveau des membres inférieurs. Les réflexes sont également absents, mais on trouve un Babinski bilatéral.

La dyspnée est importante, avec cornage et tirage sus-claviculaire. A l'auscultation, ronchus diffus.

La ponction lombaire montre la présence de 480 éléments constitués pour 88 % de lymphocytes, et pour 12 % de polynucléaires.

9) Dans 19,4 % des cas, la fréquence du pouls a été supérieure à 90. Mais ces modifications ont toujours été de courte durée.

En résumé, les différents symptômes de la grippe dite asiatique, se sont rencontrés dans les proportions suivantes :

Céphalées	87,6 %
Courbatures	78,1 %
Frissons et sueurs	43,4 %
Catarrhe oculo-nasal	51,6 %
Toux	78,1 %
Expectoration	33,5 %
Irritation laryngo-trachéale	26,8 %
Dysphagie	29,7 %
Asthénie	27,3 %
Vomissements	24,4 %
Nausées	5,4 %
Vertiges	2,3 %
Anorexie	7,4 %
Dyspnée	5,8 %
Epistaxis	2,4 %
Troubles nerveux	17 %
Signes divers	17,7 %
Modifications au niveau de la gorge	61,2 %
Grippe avec manifestations pulmonaires	43 %
Complications pulmonaires	5,8 %
Modifications du pouls	19,4 %

Commentaires

Le début brutal de la maladie a été signalé par plusieurs auteurs : Holland, Mc Creadie, Watson, Fawdry, Swee et Dourado, Ruberti et Coll., Rotta, Fry et Hume, Tore et Zandonella, M.-J. Thiodet, R. de Mattia, John J. Hanlon.

La céphalée est un des symptômes prédominants pour : Holland, Lim et Coll., Fawdry, Smith et Coll., Fry et Hume, Mulder, Sympson, Staines, Meldrum et Coll., Watson, M.-J. Thiodet et Coll, R. de Mattia, John J. Hanlon. Tore et Zandonella la signalent dans 90,36 % des cas ; Mc Creadie dans 98 %. Pour Ruberti et Coll., elle est constante : 100 %. Pour Edmundson et Hodgkin, par contre, seulement 30 % des malades se sont plaints de céphalées.

— *Nous l'avons retrouvée chez* 87,6 % *de nos patients.*

Alors que dans le tableau ci-dessus les **courbatures** sont presque constantes : 78,1 % *des malades hospitalisés dans le Service en ont été atteints,* la plupart des auteurs ne les ont pas considérées comme fréquentes. Cependant, pour M.-J. Thiodet et Coll., elles sont, avec les céphalées, les principaux symptômes du début ; Tore et Zandonella les ont rencontrées dans 75,54 % des cas ; Holland, Mc Creadie et Ruberti et Coll. leur accordent une assez grande fréquence, ainsi que John J. Hanlon.

Si quelques auteurs signalent les frissons, mais seulement en tant que prodromes (Tore et Zandonella), *aucun ne parle des sueurs abondantes que nous avons observées dans le service.*

Le catarrhe oculo-nasal a été décrit par : Tore et Zandonella chez 50 % de leurs malades ; pour Simpson, Fry et Hume, Mulder, M.-J. Thiodet et Coll., et John J. Hanlon, c'est un symptôme d'observation courante ; pour Guthrie et Coll., Holland, Meldrum et Coll., il est peu fréquent ; ainsi, d'ailleurs, que pour Swee et Dourado dont les observations portent sur les enfants.

Nous nous rapprochons des chiffres fournis par Tore *et* Zandonella, *puisque nous l'avons noté chez* 51,6 % *de nos malades.*

La **toux** est rencontrée par tous les auteurs chez deux malades sur trois. *Dans le Service, elle a été plus fréquente* 78,1 %. Si elle a été accompagnée d'**expectorations** dans 33,5 % des cas, on *ne peut pas signaler, cependant, de crachats hémoptoïques*, alors que Tore et Zandonella en ont rencontré chez 11,36 % de leurs malades. Mais Guthrie et Coll. ne citent que 0,2 %. Pour de Mattia et Di Nola, il s'agit d'un symptôme peu courant. Par contre, ces auteurs ne parlent pas d'expectorations banales, que l'on retrouve seulement chez John J. Hanlon.

L'irritation laryngo-trachéale et la dysphagie ne sont signalées, comme symptômes courants de la maladie que par R. de Mattia.

Quant aux signes physiques au niveau de la gorge et des amygdales ils sont surtout considérés comme des complications de la maladie, et encore sont-ils peu nombreux : Mulder n'en a jamais rencontré ; Lim et Coll. les signalent, seulement, chez 0,6 % de leurs malades ; Tore et Zandonella, chez 3,03 % ; Smith et Coll. les signalent chez quelques-uns de leurs malades ; de Mattia, Tore et Zandonella parlent de signes subjectifs ne s'accompagnant pas de signes objectifs.

Les résultats du Service sont nettement divergents :

Pour 56,5 % de signes fonctionnels (les malades signalant une irritation laryngo-trachéale ne parlant pas de dysphagie, et vice-versa), nous avons retrouvé, à l'examen, 61,2 % de signes physiques sur l'ensemble des malades, et chez 12 % des patients, il s'agit d'amygdalites.

La forme **gastro-intestinale de la grippe** n'a pas été également signalée par les différents auteurs :

— Ainsi Smith et Coll. n'ont jamais rencontré de vomissements chez leurs malades ; Watson considère nausées et vomissements comme des faits exceptionnels.

— Pour Mulder, John J. Hanlon, les signes gastro-intestinaux sont rares ; les statistiques de Holland, Guthrie et Coll., Mc Creadie, Edmundson et Hodgkin, varient de 5 à 10 % ; Mc Gregor, Staines et Simpson considèrent les vomissements comme plus fréquents.

— Pour Swee et Dourado, ces signes sont d'observation courante chez les enfants, mais, par contre, sont rares chez les adultes ; Meldrum et Coll. arrivent aux mêmes conclusions. de Mattia place les vomissements dans le cadre symptômatologique de la grippe ; Tore et Zandonella en ont rencontré chez 20,8 % de leurs malades.

— *Nous avons observé des vomissements chez 24,4 % de nos malades.*

L'anorexie, présente chez 50 % des malades de Tore

et Zandonella, n'est pas retrouvée chez les autres auteurs ,à l'exception de de Mattia.

Dans le Service, 7,4 % des malades, seulement, s'en sont plaints.

Alors que John J. Hanlon signale, comme un fait caractéristique de la grippe, l'absence de **diarrhée,** Tore et Zandonella l'ont retrouvée chez 16,18 % de leurs malades.

Mais aucun auteur ne parle de **constipation.**

Parmi les 242 hospitalisés pour grippe, dans le Service, 4 ont été atteints de diarrhée et 8 de constipation.

Les douleurs épigastriques et abdominales, *ressenties par 7 des malades du Service,* ne sont signalées par aucun auteur au cours de l'épidémie de 1957. Pourtant, mention en est faite au cours des épidémies de 1775 (Stoll), 1867 (Champouillon et Moissenet), 1876 (Lapie) et 1889.

— Fawdry est le seul à signaler quelques rares cas d'**hématémèses.**

L'épistaxis est un symptôme courant pour : Mulder, Fawdry, Meldrum, Tore et Zandonella ; ces derniers en ont observé chez 28,9 % de leurs malades. De Mattia et Di Nola la considèrent comme assez fréquente.

Par contre, Holland, Edmundson et Hodgkin, Watson, ne l'ont rencontrée qu'exceptionnellement. Si Tore et Zandonella ont décrit des **vertiges** chez 26,2 % de leurs malades, les autres auteurs ne les mentionnent pas.

Dans nos observations nous en avons remarqué 2,3 %.

Les réactions méningées et les convulsions sont signalées comme fréquentes par : Swee et Dourado, dont les observations concernent des enfants. M.-J. Thiodet et Coll., sur 364 grippés, ont rencontré : 7 syndromes neurologiques ou méningés ; 4 formes convulsives ; 3 syndromes psychiques ou végétatifs.

La **splénomégalie**, niée par certains auteurs, a pourtant été signalée par : de Mattia, avec une fréquence moyenne de 11 % ; Ruberti et Coll., chez 8 % de leurs malades ; Swee et Dourado confirment ces faits. *Dans le Service, l'augmentation de volume de la rate a été mise en évidence chez deux malades.*

Meldrum et Coll. ont rencontré de l'**herpès labial,** seulement dans les cas les plus graves ; Tore et Zandonella l'ont retrouvé chez 18,67 % de leurs malades, sans que leur cas présente une particulière gravité.

Ces mêmes auteurs ont décrit quelques cas d'**éruption cutanée**, ainsi que : Swee et Dourado, Fry et Hume.

Dans le Service, nous n'avons qu'un cas d'éruption cutanée, mais chez un enfant de 10 ans présentant par ailleurs une complication pulmonaire.

Tous les auteurs sont unanimes sur deux points :
— les *complications* ont été peu fréquentes ;
— les *décès* ont été rares.

COMPLICATIONS

Pour M.-J. Thiodet et Coll., la grippe asiatique n'a pas été une grippe bénigne :

Sur 364 grippes, 207 sont des formes simples, et 157 sont des formes avec complications, parmi lesquelles :

— 53 bénignes ;
— 104 sévères dont 27 décès.

Swee et Dourado, sur 250 enfants, ont eu à déplorer 30 cas de morts, dus à des complications.

Parmi les complications pulmonaires, les plus fréquemment signalées sont les *broncho-pneumonies :*

Fry et Hume : 3,5 % ; Guthrie et Coll. : 4 % ; de Mattia et di Nola : 10,5 % ; Edmundson et Hodgkin : 5 % ; M.-J. Thiodet et Coll. : 4,12 %. Pour Swee et Dourado, bronchites et broncho-pneumonies ont été retrouvées dans deux cas sur trois. Tore et Zandonella ne les ont rencontrées que chez 0,96 % de leurs malades.

Les *abcès pulmonaires*, les *pleurésies purulentes* uni ou bilatérales sont cités par : Swee et Dourado dans quelques rares cas ; M.-J. Thiodet et Coll. en mentionnent 4, dont deux décès.

Cet auteur signale en outre :

— 12 œdèmes aigus du poumon ;
— 10 laryngites, dont deux décès.

Comme complications pulmonaires, que nous avons rencontrées chez 5,8 % de nos malades, nous avons observé :

— 5 bronchites ;
— 3 congestions pulmonaires ;
— 2 cortico-pleurites ;
— 2 broncho-alvéolites ;
— 1 pneumonie ;
— 1 laryngite œdémateuse ;
— 1 trachéo-bronchite.

En tant que complications moins fréquentes, on note :

— les *otites :* Watson, Fry et Hume : 0,5 % ; Guthrie et Coll. : 0,5 % ; Edmunson et Hodgkin : 1 % ; Tore et Zandonella : 1,92 % ; M.-J. Thiodet et Coll. : 0,82 %.

— les *sinusites :* Tore et Zandonella : 0,77 %.

— les *conjonctivites :* rares pour Mulder, Swee et

Dourado, Fry et Hume, Watson, Lim et Coll. ; fréquentes pour Holland, Guthrie, Ruberti ; Tore et Zandonella la retrouvent chez 30 % de leurs malades.

La plupart des auteurs ne signalent aucune modification du pouls.

— John J. Hanlon précise que dans les cas de grippe sans complication, le pouls reste normal.

— Dans le Service, 48,3 % des malades ont eu une fréquence du pouls égale ou supérieure à 90, et pour 42,65 % des cas, il s'agit de grippe bénigne ; 17,35 % des malades ont eu un pouls à 100 ou au-dessus.

— Jundell, Kransan, Gelman, V. Kiss, Kunstreich, Klewitz, Uhlenbruck, Lepeschkin, avaient déjà noté des modifications électrocardiographiques au cours des différentes épidémies.

Pendant l'épidémie de 1957, on a retrouvé ces altérations, mais avec une fréquence variable selon les auteurs :

Dalli et Chiaverini, 45 % sur 35 cas examinés ; Tusi et Minguzzi, 30 % sur 77 sujets ; Sangiorgi et Coll., 4 cas sur 49 malades ; Allegra et Coll., 4 cas sur 40 malades ; Marcolongo et Carcassi, 8,4 % sur 797 malades ; Gigante et Menghini, 7 sur 74 malades.

Les modifications de l'électrocardiogramme sont constituées par :

— des anomalies de l'onde T ;

— une dénivellation du segment ST, souvent associée à des altérations de l'onde T ;

— des extrasystoles auriculaires ou ventriculaires ;

— des blocs auriculo-ventriculaires partiels ou complets.

La regression est relativement lente, environ un mois.

A ces altérations ne correspond aucun symptôme clinique particulier.

MORTALITE

Dans le Service, nous n'avons observé qu'un cas de mort, que nous avons relaté plus haut.

Pour la ville de Marseille, les décès par grippe *déclarés* s'élèvent au nombre de 116, pendant une période allant d'octobre 1957 à avril 1958. Nous pensons que seuls les décès enregistrés pendant les mois d'octobre, de novembre et peut-être de début décembre sont imputables à l'épidémie de grippe dite asiatique. Les autres relevant de la grippe saisonnière. Il est intéressant de comparer les décès de 1957-1958, avec ceux des années précédentes.

De novembre 1956 à février 1957, il y a eu 21 décès par grippe ; et de décembre 1955 à mars 1956, il y en a eu 32.

Les tableaux qui suivent montrent le nombre de morts en fonction de l'âge des malades, et en fonction des mois.

1) D'octobre 1957 à avril 1958 :

		X	XI	XII	I	II	III	IV	T
Au-dessous de 1 an :									
	M	2			2				4
	F	1	1		3	1			6
De 1 à 4 ans :									
	M	2	2		1				5
	F	1	1						2
De 5 à 19 ans :									
	M	1							1
	F	1				1			2
De 20 à 39 ans :									
	M								
	F				1				1
De 40 à 59 ans :									
	M	1	3						4
	F	1	1						2
Au-dessus de 60 ans :									
	M	11	10	3	6		1		31
	F	18	16	4	6	6	4	1	55
TOTAL :									
	M	17	15	3	9		1		45
	F	22	19	4	10	8	4	1	68
TOTAL		39	34	7	19	8	5	1	113
non domiciliés		1	1			1			

A ces 113 cas, s'ajoutent 3 décès survenus à Marseille chez des sujets non domiciliés dans cette ville.

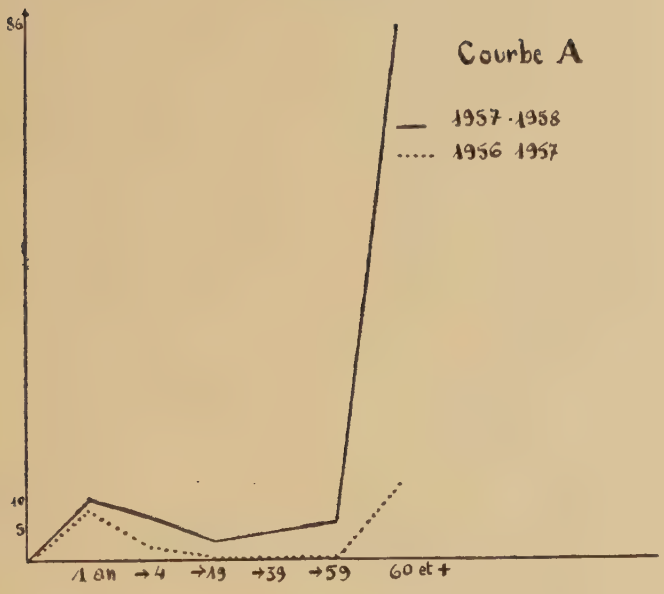
On peut donc établir deux courbes (Courbe III) :

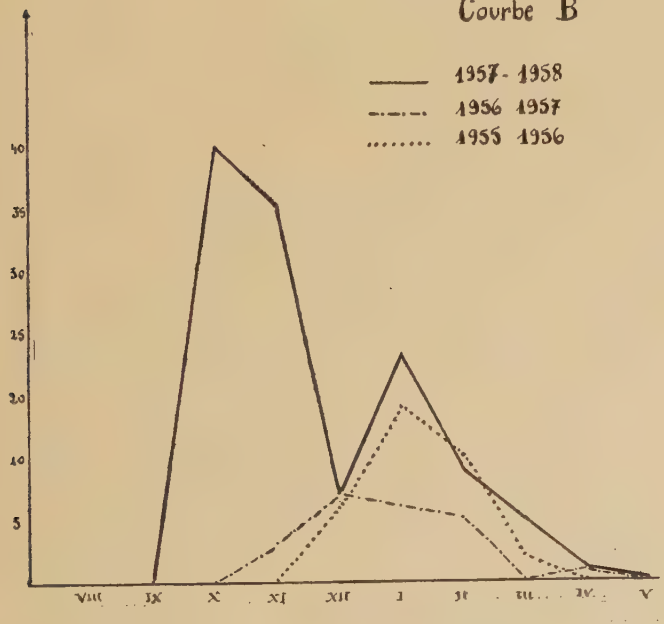
A) *En fonction de l'âge*

— en abscisse : les tranches d'âge ;
— en ordonné : le nombre de décès.

B) *En fonction du mois*

— en abscisse : les mois ;
— en ordonné : les décès.


Courbe A
1957-1958
1956 1957
86
10
5
1 an
→4
→19
→39
→59
60 et +


Courbe B
1957-1958
1956 1957
1955 1956
40
35
30
25
20
10
5

2) D'octobre 1956 à avril 1957.

		X	XI	XII	I	II	III	IV	T
Au-dessus de 1 an :									
	M		1	1	2	1		1	6
	F					2			2
De 1 à 4 ans :									
	M					1			1
	F			1					1
De 5 à 19 ans :									
	M								
	F								
De 20 à 39 ans :									
	M								
	F								
De 40 à 59 ans :									
	F								
	M								
Au-dessus de 60 ans :									
	M			1	1				2
	F		2	4	3	1			10
Total :									
	M		1	2	3	2		1	9
	F		2	5	3	3			13
TOTAL		0	3	7	6	5	0	1	22

3) D'Octobre 1955 à mars 1956.

Mois	X	XI	XII	I	II	III	T
Nombre de décès ..	0	0	6	14	10	2	32

De l'étude comparative de ces courbes, on constate que pour l'épidémie de 1957, la flèche de mortalité est en octobre, avec 40 décès, alors que les autres années, pour ce même mois, il n'y a pas de décès.

Le nombre de morts diminue jusqu'en décembre où il atteint 7, chiffre retrouvé aussi bien en décembre 1956, qu'en décembre 1955 (6 décès). On peut donc en conclure qu'à partir de cette époque, les décès ne sont plus imputables à la grippe dite asiatique, mais à la grippe saisonnière.

Par contre, on assiste à une remontée de la courbe en janvier 1958 avec 19 décès, alors qu'en janvier 1957, le nombre de décès s'élève à 6 seulement. Mais, en janvier 1956, les morts par grippe sont à 14, ce qui correspond à la flèche de mortalité de la courbe établie pour 1955-1956.

Il est donc difficile de définir la part qui revient à la grippe asiatique à cette époque.

La courbe descend plus lentement en 1958 que les années précédentes : on compte encore 5 décès en 1958 au mois de mars, contre zéro en 1957, et 2 en 1956.

Le maximum de décès, en fonction de l'âge, se situe, dans les trois cas, aux âges extrêmes de la vie, c'est-à-dire au-desous de 1 an et au-dessus de 60 ans. Mais, alors que pour 1956-1957 aucun décès n'est enregistré entre 5 et 59 ans, pendant la période de la grippe dite asiatique, on en compte 10. Au-dessus de 60 ans, on trouve 86 décès en 1957-1958, contre 12, en 1956-1957 ; la mortalité est plus forte chez les femmes que chez les hommes dans les deux cas.

Bactériologie

Les astrologues et les physiciens italiens de la fin du Moyen Age avaient donné le nom d'influenza à la grippe, car ils pensaient que les circonstances d'apparition de cette dernière étaient influencées par les étoiles et les comètes : Malattia sull'influenza del Cielo.

A travers les siècles, d'autres phénomènes ont été incriminés : les éruptions volcaniques, les aurores boréales, les météores, l'état ozométrique ou hygrométrique de l'air, les brusques changements de climats, etc...

Dans les années qui ont suivi l'épidémie de 1917-1918, les travaux de Nicolle et Le Bailly, confirmés par ceux de Gibson, Bowman et Connor et de Jamamushi, Iwashima et Sakakami, Olitzky et Gates, prouvaient déjà l'existence d'un virus filtrant.

Celui-ci a été isolé, en 1933, par Smith, Andrews et Laidlaw, en Angleterre, à partir du liquide de lavage de la gorge d'un malade. Il a été démontré, sans aucun doute possible, que ce virus pouvait donner naissance au même syndrome chez des adultes sains. Puis on a découvert toute une série de mutants ; on a appelé ce premier type : le type A.

En 1940, Francis et Magill ont isolé un autre virus, morphologiquement semblable au précédent, mais différent par son appareil antigénique. On l'a appelé le type B.

Ensuite, ont été découverts deux autres types de virus C et D, sans immunité croisée, et sans sous-type.

Le virus responsable de l'épidémie de 1957 est nettement différent de tous ceux qui ont causé les épidémies des 25 dernières années. Il représente la déviation la plus importante dans la composition antigénique des virus de la grippe, isolés depuis 1933. Il appartient au type A, mais présente des caractéristiques différentes de ceux du même type déjà connus : WS/33 ; - PR. 8/34 ; - FM. 1/47. On l'appelle Virus asiatique ou FE/1957. Cette dénomination comprend désormais de nombreuses souches et, parmi celles-ci, la plus connue : le Singapour A.1/1957.

Dans de nombreux pays, on a isolé plusieurs autres souches différant les unes des autres par leur structure antigénique : Jensen, De Ritis, Lindenmann, Monaci, Volpato, Formose, A. Japan 335/1957.

Les auteurs soviétiques ont décrit les souches :

Iksha, Ber. 1, Ber. 2, Chel, Lipki et Kratovo (Zhdanov et Coll. 1957).

Chez des sujets non atteints par l'épidémie, on ne rencontre pas d'anticorps envers les nouvelles souches de virus. On rencontre, cependant, des anticorps envers les souches de virus A précédemment connues.

Il existe, pourtant, des exceptions. En Hollande, Mulder a trouvé des anticorps envers les nouvelles souches chez des sujets de plus de 70 ans. D'où l'hypothèse suivante : le FE/1957 aurait une structure très proche du virus qui provoqua l'épidémie de 1889-1890.

En Italie, Davoli a pu observer à peu près la même chose, chez des sujets adultes qui n'ont pas été atteints par l'épidémie, d'où l'existence possible d'une ressemblance antigénique entre le virus asiatique et celui de 1918.

Ces faits sont assez curieux, quand on sait avec quelle rapidité disparaît l'immunité envers les différents virus de la grippe.

De Mattia a pratiqué deux examens pour recherche d'anticorps, sur 30 malades, à 15 jours d'intervalle. Le premier examen se situe entre le 3e et le 4e jour de la maladie. Il a rencontré : chez 21 sujets, une augmentation du taux d'anticorps de 2 à 8 fois ; chez 6 malades, le taux est resté invariable ; chez 3 malades, le taux a diminué.

Tableau comparatif

TABLEAU COMPARATIF
ENTRE LES DIFFERENTES CARACTERISTIQUES

de 1) La GRIPPE SAISONNIERE,
2) La GRIPPE de 1957,
3) La GRIPPE de 1918.

GRIPPE SAISONNIÈRE	GRIPPE de 1957	GRIPPE de 1918
Bénigne	Bénigne	Haut degré de malignité : Décès : 70 à 80 %
Pas de forme hypertoxique	pas de forme hypertoxique	Fréquence des formes hypertoxiques à foyer pulmonaire latent · Grippe foudroyante.
Symptômes respiratoires banaux : — bronchite — congestion pulmonaire labile — irritation laryngo-trachéale	Symptômes respiratoires banaux : — bronchite — congestion pulmonaire labile — irritation laryngo trachéale	Complications respiratoires graves · — pneumoniques — bronchopneumoniques — œdémateuses aiguës — asphyxiques — bronchoplégiques — pleurales suppurées.
Pas de complications pleurales	Pas de complications pleurales	
Peu de symptômes neurologiques — obnubilation — prostration (tuphos.	Peu de symptômes neurologiques — obnulation — prostration (tuphos)	Complications nerveuses fréquentes : — encéphalitiques — ataxodynamiques.

Conclusions

La Grippe, qui a fait son apparition à Marseille au mois d'août 1957, a été une grippe bénigne.

Elle ne diffère de la grippe saisonnière que par le nombre plus important de sujets qu'elle a frappés, d'une part, et, surtout, par la période de l'année à laquelle elle a sévi, d'autre part. En effet, les premières grippes saisonnières ne commencent à apparaître que courant novembre.

Cliniquement, elle a eu la même évolution :

— Incubation courte et silencieuse.

— Invasion brutale.

— Période d'état analogue, même allure dans la courbe thermique, même symptomatologie.

— Complications sans gravité, à prédominance respiratoire, surtout retrouvées chez les vieillards et les nourrissons.

Elle a plus volontiers frappé les jeunes et les adultes de 15 à 30 ans. La plupart d'entre eux étaient des travailleurs de plein air, ou bien vivaient en collectivité. Cela est vrai surtout pour le début de l'épidémie. Par la suite, la maladie s'est étendue à toutes les couches de la société. Les premiers malades étaient souvent des sujets transplantés, rendus plus fragiles par leur sous-alimentation, les conditions précaires d'hygiène dans lesquelles ils vivaient.

Mais, même parmi ceux-là, les complications ont été exceptionnelles.

On n'a enregistré aucune gravité particulière chez des sujets préalablement atteints d'une affection chronique, d'un trouble de la nutrition, ou convalescents.

En se basant sur la courbe épidémiologique de la Grippe de 1918-1919, on a pu craindre que la Grippe de 1957 fasse un retour offensif dans le courant de l'année 1958. Or il n'en a rien été. Il est vrai que, déjà cliniquement, la Grippe de 1957 a été très différente de celle de 1918, dans son évolution et dans ses complications.

Il est traditionnel de considérer dans l'évolution d'une épidémie trois phases :

— La première est celle pendant laquelle l'épidémie frappe une population jusque-là indemne. Les cas se multiplient en progression géométrique et leur gravité ne cesse de croître.

— La deuxième est la phase de stabilisation de l'épidémie, pendant laquelle l'extension a atteint un palier et s'y maintient, mais qui est marquée par l'extrême gravité des cas.

— La troisième phase, qui survient en général dès que la moitié au moins des membres de la population a été touchée, est celle où l'extension de l'épidémie se resserre et où décroît la gravité des cas.

Cette évolution, qui a été très nette au cours de la pandémie de 1918-1919, n'a pas manqué au cours de la pandémie mondiale de grippe dite asiatique de 1957, tout au moins en ce qui concerne la courbe d'épidémicité. Par contre, le caractère de gravité croissante, puis décroissante a manqué.

Le pouvoir antigénique du virus A/S. 57 a été, vraisemblablement, très faible. De nombreux sujets ont été affectés, à deux reprises au cours de la même épidémie, et cela à trois semaines, un mois d'intervalle. D'autres sujets, plus nombreux encore, ont été atteints, dans le courant de l'hiver 1957-1958, de grippe saisonnière, nonobstant une atteinte préalable en octobre 1957 de grippe dite asiatique.

L'immunité, dans la grippe saisonnière, est peut-être un peu plus durable : en général, elle est de quelques mois.

Ce n'est donc pas à l'immunité que l'on doit cette brève durée de l'épidémie à Marseille, relativement aux autres épidémies.

Le virus a donc rapidement perdu de sa virulence. Pourquoi ?

De l'étude des épidémies antérieures et de celle de 1957, il ressort que les symptômes de la grippe sont constants. On les retrouve décrits et cités par tous les auteurs. Pourtant cette maladie a un aspect des plus variables, et, au cours d'une même épidémie, les rapports des différents symptômes varient selon les auteurs, selon les pays et même selon les régions.

Comme dans toutes les maladies contagieuses, le microbe n'est pas seul en cause, malgré ses différentes variétés. Le terrain joue son rôle.

Cette grippe a-t-elle laissé son empreinte sur le terrain ? peut-on lui attribuer la diminution des cas de maladies infectieuses au cours de l'année 1958 ?

Les Services d'Assistance Médicale de l'Armement signalent que, durant l'année 1958, l'état sanitaire des hommes a été excellent. Le nombre de grippes saisonnières, en particulier, a été moins important que celui des années précédentes. Pendant le mois de novembre 1958, elles n'auraient pas encore fait leur apparition à Marseille.

De même, si on étudie l'état de déclarations des

maladies infectieuses, communiquées généralement par les hôpitaux, et qui sont un reflet de ce qui se passe en ville, on note une différence avec les années 1957 et 1956.

	Année 1956	Année 1957	Année 1958
	—	—	—
Fièvres typhoïdes	130	46	31
Rougeoles	239	375	45
Poliomyélites	37	121	33
Coqueluches	47	28	7

Lu et Approuvé
Le Président de Thèse :
MATTEI.

Vu et Approuvé
Le Doyen :
G. MORIN.

Vu et Permis d'Imprimer N°
Aix, le 8 Décembre 1958
Le Recteur : BLACHE.

Bibliographie

Allegra G., Pancaldo A., Nuitta R. — *Riforma Med.* 9, 229, 1958.

Angela G. C., Guiliani G. e Lapenti I. — Aspetti ezio-epidemiologici della pandemia influenzale dell'autunno 1957 nella regione piemontese. *Min. Med.* 49 : 322, 1958.

Burney L. E. — Influenza. *J. A. M. A.*, 164 : 2 029, 1957.

Dalli G., Chiaverini P. — Communicazione al *XX*e *Cong. Soc. It. Cardiologica,* Rimini, Giugno 1958.

De Mattia R. — Sull'attuale epidemia di influenza in Torino. Communicazione tenuta all'Accademia di Medicina di Torino, le 15 novembre 1957. *Giornale della Accademia di Medicina di Torino,* juillet-décembre 1957, pp. 104-111.

De Mattia e Di Nola R. — Aspetti clinici dell'epidemia influenzale cosidetta « asiatica » in Torino. *Min. Med.* 49 : 313, 1958.

De Ritis F. — Influenza : acquisizione e problemi. *Rif. Med.*, 71 : 1169, 1957.

Dubowitz V. — Influenzal encephalitis. *Lancet* n. 7 012 : 140, 1958.

Edmundson P. and Hogkin K. — Influenza epidemic. *Brit. Med. J.* n. 5 052 : 1 056, 1957.

Fawdry A. L. — Influenza epidemic in Aden. *Lancet,* 273 : 335, 1957.

Francis T., Jr. — *Science,* 92 : 405, 1940.

Fry J. and Hume E. M. — Influenza epidemic. *Brit. Med. J.* n. 5 052 : 1056, 1957.

Ghieh E. — L'influenza ou grippe asiatique telle que je l'ai observée et traitée à Damas. *Presse Méd.* 65 : 1 169, 1957.

Gigante D. et Menghini A. — Sulle modificazioni elettrocardiographiche nel corso dell'influenza epidemia. *Aggiornamenti sulle malattie da infezione.* Vol. IV mai-juin 1958, pp. 125 - 134.

Guthrie J., Forsyth D. M. and Montgomery H. — Asiatic influenza in the Middle East. *Lancet* n. 6 995 : 590, 1957.

Hanlon John J. — Influenza : History Epidemiology and Current Problems. *Transactions and Studies of the Colleg of Phisicians of Philadelphia,* 1958. Vol. 25, n° 3, pp. 153 - 156.

Holland W. — A clinical study of influenza in the Royal Air Force. *Lancet* n. 7 000 : 840, 1957.

Jensen K. E. — New set of type A Influenza Viruses. *J.A.M.A.* 164 : 2 025, 1957.

Lang W. — Besonderheiten der Grippeepidemie 1957. *Munch. Med. Wochen.* 100 : 81, 1958.

Lepeschkin E. — Das Elektrocardiogramm. — *Verl. Steinkopff,* Dresda, 1942.

Lim K. A., Smith A., Hale J. H. and Glass J. — Influenza outbreack in Singapore. *Lancet* n. 6 999 : 791, 1957.

Lindenmann J. — Isolierung des Virus der Asiatischen Grippe unter primitivsen Verhealtuissen. *Schw. Med. Wochen.* 87 : 1 476, 1957.

Magill T. P. — *Proc. Soc. Expert. Biol. et Med.* 45 : 162, 1940.

Marcolongo F., Carcassi U. — L'apparato cardiovascolare nelle malattie da virus noti, endemiche in Italia. Relazione al *XX Cong.. Soc. It. Cardiologia,* Rimini, Giugno 1958.

Mc Creadie D. W. A. — Asian influenz in Kuwait. *Brit. Med. J.* n. 5 046 : 684, 1957.

Mc Gregor R. M. — Influenza epidemic. *Brit. Med. J.* n. 5 052 : 1 056, 1957.

Meldrum W. J., Watts C. A. H. and Cantwell H. F. — Influenza epidemic. *Brit. Med. J.* n. 5 052 : 1 056, 1957.

Monaci V e Volpato C. — Sulla struttura antigene dei virus influenzali isolati nell'estate autunno 1957 nell'Italia del Nord. *Min. Med.* 49 : 319, 1958.

Mulder J. — Asiatic influenza in Netherlands. *Lancet,* 273 : 334, 1957.

Richterich R. — Verlauf und Symptomatologie der Asiatischen Grippe. *Schw. Med. Wochen* 87 : 1 476, 1957.

Rotta C. — Osservazioni sull' andamento della recente epidemia influenzale e suo trattamento preventivo e terapeutico i nuna comunità aziendale. *Min. Med.* 49 : 329, 1958.

Ruberti A., Bugiardini G., Carrozini B. e Manzoni U. — Studio clinico-laboratoristico sulla recente pandemia influenzale nel Ferrarese. *Arcisp. S. Anna Ferrara,* Vol. X, Fasc. VI, 1957.

Sangiorgi M., Ricci G., Coppolino L., Sciacca A., Lo Sardo S., Cannata D. — Communicazione al *XX Cong. Soc. It. Cardiologia,* Rimini, Giugno 1958.

Schreiber U. S. — Observations and report of an influenza epidemic aboard a military sea transport. *J.A.M.A.* 165 : 1683, 1957.

Semple A. B., Meredith J. B. and Disley P. J. — *Lancet* n. 7 011 : 95, 1958.

Simpson R. E. H. — Influenza epidemic. *Brit. Med. J.* n. 5 052 : 1 056, 1957.

Smith W., Andrewes C. H. and Laidlaw P. P. — *Lancet* 2 : 66, 1933.

Smith C. E. G., Turner L. H. and Helliwell C. J. V. — Far East Influenza. *Brit. Med. J.* n. 5 052 : 1 412, 1957.

Staines F. H. — Influenza epidemic. *Brit. Med. J.* n. 5 052 : 1 056, 1957.

Stuart-Harris C. H. — The present status of Prophylactic immunization against influenza. *Brit. Med. J.* n. 5 048 : 777, 1957.

Swee Y. O. and Dourad H. — Influenza epidemic in Singapore Children. *Brit. Med. J.* n. 5 060 : 1 523, 1957.

Thiodet M. J. et Coll. — Données épidémiologiques fournies par l'observation hospitalière de 400 cas de Grippe Asiatique. *Algérie Médicale,* pp. 485 - 492.

Tore D. et Zandonella G. — Influenza asiatica : Studio clinico di un episodio in un centro reclute. *Aggiornamenti sulle malattie da infezione* 1958. Vol. IV, Janv.-Févr. pp. 15 - 30.

Tursi F., Mincuzzi G. — Communicazione al *XX Cong. Soc. It. Cardiologia,* Rimini, Giugno, 1958.

Villard A. — Leçons cliniques sur la Grippe à propos de l'Epidémie de 1889 à 1890. Marche générale de l'Epidémie de 1889-1890 comparée à celle des épidémies antérieures. pp. 105-109.

Watson G. — Influenza epidemic. *Brit. Med. J.* n. 5 052 : 1 056, 1957.

Zhdanov V. M., Ritova V. V., Orlova A. V., Sokolova N. N. and Golygina L. A. — The Characteristics of influenza-virus strains isolated in 1957. *Lancet* 273 : 735, 1957.

Table des matières

I. — HISTORIQUE - EPIDEMIOLOGIE 15
Les Epidémies antérieures 15
L'Epidémie de 1957 16
L'Epidémie à Marseille 18

II. — ETUDE CLINIQUE 27
A) La forme commune 27
B) Les formes bénignes 29
C) Les formes graves 29
Formes cliniques et signes divers 29

III. — COMMENTAIRES 33
Complications 36
Mortalité 37

IV. — BACTERIOLOGIE 43

V. — TABLEAU COMPARATIF 45

VI. — CONCLUSIONS 47

VII. — BIBLIOGRAPHIE 51

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.